EIN FALL

VON

GRANULOMA FUNGOIDES.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT IN ROSTOCK

VON

WILHELM FALK

APPROB. ARZT.

ACAD.
MED. BAT.

BERLIN 1898.

DRUCK VON MARSCHNER & STEPHAN
RITTERSTRASSE 41.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552726_0128

Das lebhafte Interesse, welches jeder neuen Beobachtung eines Falles von Granuloma fungoides entgegengebracht zu werden pflegt, ist wohl nicht zum geringsten Theil dadurch veranlasst, dass über die Aetiologie der Krankheit noch völlige Unklarheit herrscht. Dies hat in den letzten Jahren zu mannigfachen Veröffentlichungen über das Granuloma fungoides Auspitz geführt, in denen die gemachten Beobachtungen, die angestellten Untersuchungen und die angewandte Behandlung bekannt gegeben wurden. Jeder Fall dieser seltenen Krankheit wurde auf das Genaueste klinisch wie pathologisch-anatomisch studirt und dann mitgetheilt, um die gesammelten Erfahrungen und die gewonnenen Resultate Allgemeingut werden zu lassen. Es soll daher auch der am 9. Januar 1897 in die Rostocker Klinik aufgenommene Fall von Granuloma fung., welcher schon im Mecklenburger Aerzteverein Gegenstand eines Vortrages von Ricker und Crull war, beschrieben und die Einzelheiten näher beleuchtet werden, zumal dieser Fall in mancher Beziehung, besonders aber wegen seiner immensen Ausbreitung über die Oberfläche des Körpers, sowie wegen der immerhin noch selten beobachteten Metastasenbildung in inneren Organen Beachtung verdient.

Pat., Johann Guldenpenning, 35 Jahre alt, ist ländlicher Arbeiter, von Geburt Mecklenburger und hat immer in Mecklenburg gearbeitet, seit 9 Jahren in Schlutow bei Gnoien. Sein Vater starb an den Folgen eines Unfalles; die Mutter lebt und ist gesund, ebenso zwei Geschwister; die anderen sind ganz jung gestorben. Pat. selbst will früher nie erheblich krank gewesen sein bis vor 7 Jahren, damals litt er an Unterleibstyphus und konnte 7 Wochen nicht arbeiten. Er giebt bestimmt an, nie eine Erkrankung an den Genitalien gehabt zu haben. Seit 9 Jahren ist er verheirathet, die Frau ist Mecklenburgerin und völlig gesund.

Das erste Kind dieser Ehe wurde etwa in der Mitte der Schwangerschaft tot geboren (die Fehlgeburt soll durch zu grosse körperliche Anstrengung veranlasst sein); das zweite und dritte kamen 5—7 Wochen zu früh und starben schon nach einigen Stunden. Das vierte Kind lebt, ist gesund und ist am 1. Mai 1897 4 Jahre geworden; das fünfte und sechste waren Zwillinge, einer wurde tot geboren, der andere starb nach einem Tag; das siebente Kind lebt, ist gesund und ca. 11 Monate alt.

Die jetzige Erkrankung begann im Herbst 1894. Pat. bemerkte damals zuerst, dass die Haut der Streckseite beider Unterschenkel von den Knieen bis zu den Fussgelenken „ganz roth“ wurde. Dabei empfand er an den befallenen Stellen mässigen Juckreiz, der nur dann stärker auftrat, wenn Pat. schwitzte oder im Bett warm wurde; der Schlaf wurde jedoch nicht gestört Nach 2—3 Wochen heilten die „Flechten“ (als solche fasste Pat. seine Krankheit auf) an einigen Stellen ab und es blieben nur einzelne rothe, ca. zehnpfennigstückgrosse Flecken zurück. Auf diesen bildeten sich dann weisse Schuppen, nach deren Entfernung die darunterliegende geröthete Haut nässte. Nach und nach wurde auch die Beugeseite der Unterschenkel, die Oberschenkel und vor etwa Jahresfrist die Arme befallen. Im Laufe des verflossenen Jahres verbreitete sich die Krankheit auch auf Brust und Bauch (im Sommer) und auf Hände und Füsse (im Herbst). Eine vorhergehende diffuse Röthung der Haut wurde jedoch nur an den Unterschenkeln beobachtet.

Das Allgemeinbefinden war dabei völlig ungestört. Patient konnte noch bis vor 9 Wochen seine Arbeit verrichten, dann musste er dieselbe aufgeben, weil er starke Schmerzen in beiden Schienbeinen verspürte und auch wegen Anschwellung der Füsse kein Schuhzeug tragen konnte. Er liegt seit dieser Zeit zu Bett und sein Zustand hat sich in den letzten Wochen erheblich verschlechtert. Die bis dahin stets flach gebliebenen Flecken bildeten sich zu stärkeren Erhabenheiten aus und traten überall, jetzt auch am Rücken, im Gesicht und auf dem behaarten Kopf in grosser Zahl auf und begannen an der Oberfläche zu eitern. Eine starke Schwellung des rechten oberen Augenlides soll seit 4 Wochen bestehen und das rechte Auge seit 14 Tagen ganz verdecken. Seit etwa 7 Wochen machen sich auch Schluckbeschwerden geltend, die nach Gurgelungen nachgelassen haben. Vor 4 Wochen hatte Patient

8 Tage lang Kopfschmerzen und geringen Auswurf. Aerztlicher Rath wurde erst vor ca. 3 Wochen in Anspruch genommen, Patient erhielt Arznei innerlich zu nehmen, eine Lokalbehandlung wurde nicht eingeleitet. Der Appetit ist bis jetzt gut geblieben, ebenso der Schlaf; das Jucken ist in den letzten Wochen verschwunden. Stuhlgang regelmässig.

Die subjectiven Beschwerden bei der Aufnahme bestanden besonders in grosser Hitze und starkem Durst.

Patient ist gut mittelgross, kräftig gebaut, Muskulatur und Fettpolster sind gut entwickelt.

Die Haut ist blassgrau, am ganzen Körper mit grösseren und kleineren Tumoren bedeckt. Am Kopf ist die Stirn besonders stark befallen. Es finden sich hier zahlreiche kirsch- bis wallnussgrosse halbkugelige Knoten, die theils circumscript, theils confluirend eine fortlaufende Reihe von Tumoren bilden. Sie sind sämmtlich auf der Unterlage verschieblich und theils mit dicken, graubraunen, eingetrockneten Krusten bedeckt, die sich leicht mit dem Finger etwas eindrücken lassen, theils ist die Oberfläche ulcerirt und sondert eine bräunliche Flüssigkeit ab. Dieses Secret riecht äusserst widerlich und faulig. Aehnliche, meistens etwas kleinere Tumoren bemerkt man an Nase, Oberlippe und Wangen; sie sind grösstentheils trocken und mit grauen Krusten bedeckt, grössere bestehen am linken Kieferwinkel (hühnereigross) und vor dem rechten Ohr (gänseeigross), stark zerklüftet, ferner in der Submentalgegend. Die Augenbrauen sind vorhanden, die Bulbi intact, der rechte jedoch völlig verdeckt durch das stark geschwollene und weit über den unteren Lidrand herabhängende obere Augenlid. Am linken unteren Lidrand finden sich zwei kirschkerngrosse Knoten, in der Mitte derselben ein seichter Defect der Lidhaut, während die Lidbindehaut nicht befallen ist. Beide Gehörgänge sind durch Knoten, die auch auf die Ohrmuscheln übergreifen und stark secerniren, fast völlig verlegt. Patient hört nur laute Sprache Auf dem behaarten Kopf sitzen in der linken Scheitelbeingegend mehrere kartoffelgrosse, weich-elastische Tumoren.

Am Halse sieht man nur kleinere, etwa erbsengrosse, mit Epidermisschuppen oder mit Secretkrusten bedeckte Knötchen. Brust und Bauch sind mit zahlreichen, etwa zweimarkstückgrossen, von dunkelbraunrothen Krusten oder schmutzig serösem Secret bedeckten Erhabenheiten besetzt, von denen die einen centrale Necrose und Dellenbildung, die andern Zerfall bis an den Rand zeigen. Dazwischen

finden sich massenhaft kleine livide Papeln, über denen die straff gespannte, glänzende Epidermis noch intact ist. Auch sieht man vereinzelt auf der Brust an Herpes tonsurans erinnernde Ringe, in deren Mitte die Haut normal ist, der Rand ist ca. 2 mm breit, geröthet nnd schuppend, scharf gegen die Umgebung abgegrenzt und etwas erhaben. An andern Stellen kann man silbergraue Epidermisschuppen tragende, rothe Flecken beobachten, die durchaus dem Bilde der Psoriasis nummularis gleichen.

Der Rücken ist ebenso wie die Vorderseite des Rumpfes besäet mit grossen Knoten, die sich etwa 1 cm über die Oberfläche des Körpers erheben. Durch den auf sie ausgeübten Druck beim Liegen sind sie abgeplattet; ihre Ränder hängen ein wenig über, so dass sie in ihrer Form eine gewisse Aehnlichkeit mit Pilzen darbieten. Der centrale Zerfall ist stellenweise sehr ausgeprägt und schreitet weit in die Tiefe vor, so namentlich in der Umgebung der rechten Achselhöhle. Hier fällt noch in der rechten hinteren Axillarlinie ein durch Confluenz zahlreicher zerfallener Knoten entstandenes, zerklüftetes, $1^1/_2$ handtellergrosses Ulcus auf. Die Ränder desselben sind wallartig aufgeworfen und derb infiltrirt, der Grund ist uneben und mit missfarbigem eitrigen Secret bedeckt. Kleinere Geschwüre mit tiefem centralen Zerfall finden sich mehrere in der rechten Achselhöhle selbst, dazwischen noch Knoten, die zu zerfallen beginnen. Auch die psoriasisähnlichen Flecken und die kleineren lividen Papeln sieht man am Rücken.

An den Extremitäten ist das Bild ähnlich wie am Rumpf. Hier fallen noch rundliche oder unregelmässig begrenzte, glatte, narbige Hautpartien auf; die Haut sieht hier rein weiss aus, bisweilen ist der Rand bräunlich pigmentirt. Eine derartige Narbe von grösserer Ausdehnung bemerkt man an der Vorderseite des linken Unterschenkels, das mittlere Drittel desselben einnehmend; der leicht erhabene Rand dieser Narbe, stellenweise durch eingelagerte ulcerirte Knoten unterbrochen, geht mit scharfer Grenze in die umgebende normale Haut über Am rechten Unterschenkel sind die narbigen Veränderungen an vielen kleineren Stellen nachzuweisen. An den Fusssohlen, den Fussrändern und besonders an den Zehen stehen die Knoten so dicht, dass durch die Schwellung die Zehen theilweise über- resp. untereinander gedrängt worden sind.

An den Armen und Händen sind die erwähnten lividen Papeln (linsen- bis kirschgross) besonders zahlreich ver-

treten, grösstentheils isolirt, nur hin und wieder zusammenfliessend. Die Haut über denselben ist glänzend oder mit Epidermisschuppen bedeckt. Bei der Palpation fühlt man, dass sich die Infiltration noch weiter, als man nach der blossen Betrachtung erwartet, in die Tiefe und in die Umgebung erstreckt. Auf ihrer Unterlage sind diese Infiltrate leicht verschieblich, ebenso wie die zwischen ihnen zerstreut liegenden zehnpfennig- bis zweimarkstückgrossen halbkugeligen Hervorragungen, die ganz so wie am übrigen Körper auch hier von braunrothen Krusten bedeckt sind und vielfach centralen Zerfall zeigen, während an der Peripherie die Haut geröthet, verdünnt und leicht abschuppend in die gesunde Umgebung übergeht. Beuge- und Streckseiten sind in gleicher Weise befallen. Bräunliche, pigmentirte Flecke von unregelmässiger Gestalt, die als ältere Narben angesprochen werden müssen, finden sich namentlich am linken Oberarm, während an anderen Stellen, z. B. am rechten Vorderarm, noch mehr braunrothe rundliche, anscheinend frische Narben sichtbar sind, über denen die Haut nicht verändert ist oder nur leicht abschuppt. Sehr schön ausgeprägte, Herpes tonsurans-artige Ringe sieht man an den Vorderarmen.

An der Haut des Penis sind mehrere erbsengrosse Papeln; das Frenulum erscheint ödematös verbreitert, links von demselben ist ein in Vernarbung begriffenes kleines Ulcus. Im Sulcus coronarius ist links ein Fünfpfennigstück grosses der Eichel sowohl wie der Vorhaut zugehöriges Infiltrat sichtbar, dass sich bei der Palpation ziemlich derb anfühlt. Das Scrotum ist verschont geblieben.

Am Rumpf besteht geringes Oedem, an den Extremitäten beträchtlicheres, besonders auf der rechten Seite.

Die Schleimhäute sind mässig blass, die Lippen etwas livide. An den Gaumenbögen sieht man vereinzelte erbsengrosse, von normaler Schleimhaut überzogene oder grau belegte rundliche Vorwölbungen, am Zahnfleisch rechts oben Ulceration, links unten entzündliche Veränderungen.

Beiderseits sind mehrere bohnengrosse, geschwollene Halsdrüsen, sonst keine Drüsenschwellung nachweisbar. Die Reflexe sind, soweit ihre Prüfung möglich war, vorhanden; an Brust- und Bauchorganen normale Verhältnisse; keine Sensibilitätsstörungen.

Der Urin ist klar und enthält weder Eiweiss noch Zucker.

Während des hiesigen Krankenhausaufenthaltes war die Temperatur fast andauernd erhöht, die Morgentempe-

raturen blieben meistens um ein Geringes unter 38°, die Abendtemperaturen betrugen 38° und darüber; das Höchste, was nur einmal beobachtet wurde, war 39,4°. In den letzten zwei Tagen sank die Temperatur, einige Stunden vor dem Tode war sie sogar subnormal (35,8°).

Der Puls war von Anfang an klein und schwankte zwischen 120—140 in der Minute. Die Athemfrequenz betrug 16—24, an den beiden letzten Tagen 24—32.

Die Darmentleerungen erfolgten meist täglich und waren von normalem Aussehen. In der ersten Zeit schlief Patient noch ziemlich gut, in den letzten Nächten wurde der Schlaf jedoch oft durch starkes Hitzegefühl gestört.

Der Appetit war zuerst befriedigend, in den letzten Tagen schlecht. Beim Kauen schmerzten die Zähne, und Patient hatte das Gefühl als wären dieselben lose.

Subjectiv hatte Guldenpenning besonders über grosse Hitze und heftigen Durst zu klagen, zuweilen waren auch Schmerzen am ganzen Körper vorhanden.

Die Behandlung bestand in täglichen Reinigungsbädern mit nachfolgendem Einpudern der nässenden Knoten und Ulcera mit Airol, später mit Pyrogallol. Ausserdem wurden subcutane Einspritzungen von Sol. natrii arsenicosi gemacht. Unter dieser Behandlung wurde zunächst der die ganze Umgebung des Kranken geradezu verpestende Geruch geringer, der Kranke fühlte sich auch zuerst etwas wohler. An der Haut änderte sich der Befund insofern, als die Knoten an vielen Stellen nach der lokalen Behandlung mit Airol weniger nässten, sich später durch Pyrogallol schwarz färbten, schrumpften und ganz flach wurden. Andrerseits beobachtete man jedoch ein deutliches Wachsthum einzelner Tumoren und fortschreitenden Zerfall anderer; letzteres namentlich am linken unteren Augenlid, wo von Tag zu Tag der Defect grösser wurde. An der Dorsalseite beider Fussgelenke wurden einige linsengrosse Bläschen von perlmutterartigem Aussehen beobachtet. Der seröse Inhalt enthielt mikroskopisch einige weisse und vereinzelte rothe Blutkörperchen.

Die Untersuchung der Haare der an Herpes tonsurans erinnernden Hautpartien ergab nichts Pathologisches; die Haare waren gesund ohne Pilze.

Schon am 16. Januar Abends, acht Tage nach der Aufnahme, hatte Patient einen Anfall von plötzlicher Herzschwäche; nach Excitantien Besserung. In den nächsten Tagen trat zunehmende allgemeine Schwäche ein, der Puls

wurde immer kleiner, die Gesichtsfarbe sehr blass und livide, das Anasarka nahm zu. Am 20. Januar: Patient liegt apathisch da, Athmung laut und geräuschvoll, Abends beim Trinken mehrmals Erbrechen 21. Januar, $1^1/_2$ Wochen nach der Aufnahme: Exitus.

Am 14. Januar, eine Woche vor dem Tode, waren vom Patienten photographische Aufnahmen gemacht und drei frische Knoten an der Aussenfläche des linken Oberschenkels zwecks mikroskopischer Untersuchung exstirpirt.

Die Section wurde im hiesigen pathologischen Institut von Herrn Prof. A. Thierfelder gemacht und ergab folgenden Befund:

Untersetzt gebaute, männliche Leiche, deren Alter wegen der gleich zu beschreibenden Geschwülste der Haut auch nicht annähernd geschätzt werden kann. Haupt- und Schamhaare sind dunkelbraun. Der ganze Körper ist mit mehreren Hunderten von Geschwülsten verschiedener Grösse bedeckt, welche mehr oder weniger dicht gestellt die Haut des Kopfes (des behaarten sowie des Gesichts), des Rumpfes und der Extremitäten im Wesentlichen gleich vertheilt einnehmen. Die Grösse schwankt zwischen der einer halben Billardkugel bis herab zu der einer Linse. Ueber den kleineren Geschwülsten ist die anscheinend normale Haut leicht geröthet und straff gespannt, sie sind zum Theil auch in geringem Grade mit der Haut verschieblich. Die Oberfläche der grossen ist durchschnittlich in der Ausdehnung eines Thalers von einer schwarzen Kruste bedeckt (die Verfärbung ist durch die Behandlung der necrotischen und ulcerirten Tumoren mit Airol und Pyrogallol entstanden); die grössten Geschwülste bilden halbkugelige Hervorragungen, die allmählich flacher werdend in die gesunde Haut übergehen. Pilzförmige Geschwülste sind nur da, wo wie auf der linken Schulter, auf der linken Backe, auf dem Fussrücken in der Nähe der Zehen oder auf diesen selbst dicht neben einander stehende Tumoren am Weiterwachsen behindert sind und die zwischen liegende Haut von den tiefer gelegenen Weichtheilen mit abgehoben haben. Neben und zwischen den Tumoren verschiedener Grösse finden sich hier und da runde, röthliche Flecke von wenigen mm Durchmesser und weiter grössere oder kleinere, gleichfalls meist runde, deutlich narbige Stellen. Diese sind leicht vertieft, von reiner weisser Farbe oder auch in geringem Grade bräunlich pigmentirt, auf einzelnen haften schmutzig graue trockene Krusten, anscheinend aus ab-

gestorbener, aber noch fest aufsitzender Epidermis bestehend. Die narbigen Stellen sind an andern Orten von rauher Oberfläche, mit kleinen Schuppen besetzt und erinnern an die Haut bei Psoriasis; an noch anderen Stellen ist die Rückbildung zur Narbe keine vollständige, die Haut prominirt noch etwas, ist aber in der Mitte zu einer seichten Delle eingezogen, so dass die Hervorragung die Form eines flachen Ringwalles hat. Die zwischen den Tumoren liegende, im Wesentlichen noch intacte Haut ist von äusserst blasser, schmutzig grauer Farbe, nicht icterisch, dagegen bleibt Fingereindruck bestehen und beim Einschneiden fliesst aus dem Unterhautzellgewebe reichlich seröse Flüssigkeit ab oder sammelt sich in der Tiefe des Schnittes an. Auf dem senkrechten Durchschnitt erscheinen die grösseren Tumoren trocken; soweit sie den Papillarkörper allein einnehmen, haben sie eine markweisse, mattglänzende Schnittfläche; wo dagegen die Infiltrate das Unterhautzellgewebe durchsetzen, ist dieselbe blau röthlich und hebt sich sowohl von dem weissen ödematösen Bindegewebe als auch von dem blassgelben, noch reichlich vorhandenen Unterhautfettgewebe deutlich ab. Die Epidermis scheint stellenweise in die Infiltration aufzugehen, bezw. das Infiltrat reicht bis zur freien Oberfläche oder bis zu der oberflächlichen necrotischen Gewebsschicht. Besonders dicht stehen die Tumoren im Gesicht. Die Muskulatur ist gut entwickelt, von dunkelbraunrother Farbe, feuchtglänzend.

In der Bauchhöhle keine freie Flüssigkeit Die Leber überragt in der Mittellinie den Processus xiphoideus um 5 cm, unter ihr ist in kleiner Ausdehnung die grosse Curvatur des Pylorustheiles sichtbar. Die Lagerung des Dünn- und Dickdarms ist normal; die Därme sind nicht aufgetrieben und scheinen breiigen Inhalt zu enthalten. Zwerchfellstand rechts unterer Rand der vierten Rippe, links 5. J. R.

Der Rippenknorpel ist leicht schneidbar. Die Lungen retrahiren sich nur wenig, sind von blasser Farbe; vorliegender Theil glatt, spiegelnd. In der Pleurahöhle keine Flüssigkeit. Beide Lungen sind seitlich, dem hinteren Abschnitt des Unterlappens entsprechend, mit der Thoraxwand durch dünne Bindegewebsstränge und Membranen verbunden.

Herzbeutel ist etwas gespannt und aussen fettreich, er enthält ca. 20 Gr. helle, klare Flüssigkeit. Er liegt handtellergross von Lunge unbedeckt. Herz ist gross, subpericardiale Fettgewebe gut entwickelt. Bei der Eröffnung

des Herzens fliesst nur wenig dunkles, halb geronnenes Blut aus. In beiden Ventrikeln finden sich copiöse, blassrothe, elastische Speckhautgerinnsel, die sich weit in die grossen Gefässe fortsetzen. Die Wand des linken Ventrikels ist 11 mm dick (ohne Trabecularsubstanz!); Herzfleisch ist trocken, von blassbraunrother Farbe. Herzfleisch des rechten Ventrikels, der nicht erweitert und dessen Wand nicht verdickt ist, sieht gelblich roth aus. Klappen zart, weiss, glänzend. Im Anfangstheil der Aorta finden sich einzelne, nicht prominirende, schwefelgelbe Punkte und Flecke; die Wand der Aorta ist elastisch. Foramen ovale geschlossen.

Die linke Lunge ist voluminös; auf dem Durchschnitt blass, oberer Lappen überall lufthaltig, in der Spitze, die nicht adhärent ist, geringes Oedem. Etwa in der Axillarlinie, 5 cm oberhalb seines unteren Randes fühlt man unter der Pleura des linken Unterlappens eine resistente Stelle von Kartoffelgrösse. Die über sie hinwegziehende Pleura ist mässig verdickt, eingezogen und von einem feinen Fibrinhäutchen bedeckt, das ganz allmählich in die spiegelglatte Fläche der Pleura übergeht. Das Lungengewebe des Lappens ist von grauröthlicher Farbe, lufthaltig, leicht ödematös. Der vorerwähnte Knoten erweist sich auf dem Durchschnitt von rundlicher Gestalt, glatter Schnittfläche, welche leicht über die der angrenzenden Partien vorspringt, ist im Ganzen von dunkelbrauner Farbe und der Consistenz einer frisch geschwollenen Lymphdrüse. In dem braunrothen Gewebe des Knotens lassen sich nicht ganz scharf umschriebene, schwarzrothe Flecken, zweifellos Blutungen, unterscheiden und daneben eine qcm grosse Stelle von homogener Schnittfläche, gleichmässig gelber Farbe, an den Käseherd einer tuberculösen Lymphdrüse erinnernd. Weitere Knoten sind in der Lunge nicht auffindbar. Bronchialdrüsen nicht geschwollen, Bronchien nicht erweitert, Schleimhaut derselben blass und von schaumigem, farblosem Secret bedeckt. Das Gewebe der rechten Lunge verhält sich ebenso wie das der linken; Infiltrate oder Geschwulstknoten fehlen, Bronchialdrüsen nicht geschwollen. In den Lungenarterienästen sind dünne Speckhautkoagula, keine Thromben.

Oberflächliche Halsdrüsen sind beiderseits geschwollen, von Wallnussgrösse, von grauröthlicher Schnittfläche.

Am Zungengrunde ist ein flacher Substanzverlust von Markstückgrösse, welche von einem weiss glänzenden, gering prominirenden Wall umgeben ist, der auf dem Durchschnitt markig, fast rein weiss, homogen erscheint. Die Geschwürs-

fläche ist mit bräunlichen Gewebsfetzen bedeckt, welche in Wasser flottiren, aber dem Geschwürsgrunde noch fest anhaften. Das Ulcus setzt sich auf die Schleimhaut fort, welche das Ligamentum glosso-epiglotticum überzieht, und nimmt so in geringer Ausdehnung auch die Basis der Epiglottis vorne ein. Der freie Rand der Epiglottis ist in seinem oberen Drittel verdickt und fühlt sich derb an; in dem Ligamentum ary-epiglotticum beiderseits und in der Schleimhaut, welche von den Aryknorpel nach dem Schlundkopf zieht, liegen einzelne derbe, bohnengrosse, gleichartige Geschwülste. Das Gaumensegel fühlt sich derb an, ist blass, vielleicht etwas ödematös. In der Schleimhaut, welche das Zäpfchen umgiebt, wölbt sich nach rechts hin ein erbsengrosser Tumor hervor und ein gleich grosser liegt in der hinteren Wand des weichen Gaumens, nahe der Basis der Uvula. An den Tonsillen nichts Bemerkenswerthes. Im Uebrigen ist die Schleimhaut normal, blass.

Im linken Lappen der Schilddrüse befindet sich ein von kleinen Blutungen durchsetzter, die Oberfläche vorwölbender Tumor von der Grösse einer Weinbeere, welcher anscheinend kolloiden Inhalt hat.

Die linke Niere sehr anämisch, gross, enthält in der Rindensubstanz einen rundlichen, resistenten Knoten von 1 cm Durchmesser, gleichmässig weisser Schnittfläche und etwas stärkerer Resistenz als das umgebende Nierengewebe, in das er ohne scharfe Abgrenzung übergeht. — An den anderen Organen nichts Bemerkenswerthes.

Die excidirten Knoten wurden zum Theil in Formalin, zum Theil in Zenker'scher Flüssigkeit conservirt. Die diesen Knoten entnommenen Stücke wurden nach der jetzt gebräuchlichen Methode gehärtet und in Paraffin eingebettet, nachdem sie in Xylol und in Xylolparaffin einige Stunden gelegen hatten. Die Schnitte wurden, nachdem sie durch Xylol, Alkohol absolutus, schwächeren Alkohol und Wasser gewandert waren, mit Haemalaun, dann mit Eosin resp. mit Pikrinsäurefuchsin (van Gieson) gefärbt und gingen darauf denselben Weg zurück

Die mikroskopische Untersuchung der verschiedensten Tumoren ergab im Wesentlichen dasselbe Resultat, wie es schon früher beobachtet worden ist. Die Epidermisschichten — dies gilt selbstverständlich nur von den nicht ulcerirten Geschwulstknoten — waren vorhanden, bisweilen etwas verschmälert, fast völlig intact. Die Cutis ist dagegen von zahlreichen Rundzellen, deren grosse, nicht sehr chromatin-

reiche Kerne rund oder oval sind und mannigfach Theilungsfiguren zeigen, durchsetzt; am dichtesten gehäuft finden sich dieselben im Papillarkörper, vereinzelt auch zwischen den Zellen des Rete Malpighii. Die Zellen liegen in ein feines Netzwerk von dünnen und zarten Bindegewebsfasern eingebettet, doch wird dieses von den Geschwulstzellen fast völlig verdeckt und tritt nur an den Randpartien deutlich hervor. In die Tiefe geht die Infiltration je nach dem Entwickelungsstadium der Geschwulst bis in die mittleren und unteren Lagen des Coriums, oder es finden sich die Zellen auch noch zu kleinen Häufchen angeordnet in den obersten Schichten des subcutanen Gewebes. Fascien und Muskeln sind nie befallen. Um die Drüsen und Gefässe herum zeigt sich eine dichtere Anhäufung von Zellenmassen, die Gefässwände selbst sind nicht ergriffen, Gefässneubildungen sind nur spärlich zu konstatiren. — Grössere Knoten, über denen die Haut zerstört ist, zeigen nahe dem Geschwürsgrunde Zellen, deren Kerne zerfallen sind oder sich nur schwach und undeutlich färben lassen, und kernlose Zellreste; dazwischen Eiterkörperchen in mässiger Menge. Im Uebrigen gleichen sie den oben beschriebenen.

In dem Lungenknoten, wo grössere und kleinere Blutungen nachweisbar waren, zeigte sich dasselbe Bild. Die Structur des Lungengewebes ist zum Theil nicht mehr erkennbar, zum Theil ist dasselbe nur auseinandergedrängt und die Alveolen sind angefüllt mit den erwähnten Zellen. Es handelt sich nicht um eine circumscripte entzündliche Infiltration, sondern zweifellos um eine Metastase.

Als solche ist auch der in der Niere gefundene Knoten aufzufassen. Die Nierenbestandtheile sind entweder durch die beschriebenen Zellen völlig verdeckt oder gleichfalls auseinandergedrängt, die Harnkanälchen von ihnen durchsetzt und ausgefüllt, die Glomeruli nur hier und da in geringem Grade ergriffen.

Der Knoten in der Epiglottis zeigt die laryngeale und pharyngeale Seite befallen, erstere allerdings in stärkerem Masse. In den Knorpel sind die Zellen nicht hineingewuchert, mit scharfer Grenze haben sie vor demselben Halt gemacht. An einer Stelle ist die Epithelschicht so verdünnt, dass man Grund hat anzunehmen, dass hier ein Zerfall unmittelbar bevorgestanden hat.

In dem schon ulcerirten Zungenknoten sind die Zellen fast noch zahlreicher vorhanden wie an den anderen Stellen:

das normale Gewebe ist völlig verschwunden, wo dasselbe wieder erkennbar ist, finden sich die gewucherten Zellen nur spärlich. An der Peripherie, wo die Oberfläche noch intact ist, sieht man die Papillen von ihnen durchsetzt. Die Mucosa ist hier als Hauptsitz der Erkrankung anzusprechen, während die Submucosa fast ganz freigeblieben ist.

Es lassen also auch diese beiden Knoten nur eine Deutung als Metastase zu: die Zellen sind in derselben Weise angeordnet, liegen in den Lücken des fein aufgefaserten und auseinandergedrängten Bindegewebes und gleichen denen in den Hautknoten vollständig.

Der Tumor in der Schilddrüse zeigte nur, wie schon bei der Section angenommen war, colloide Entartung, keine Veränderung, die in Beziehung zu der in Rede stehenden Erkrankung gebracht werden konnte.

Bei der histiologischen Schilderung habe ich die Zellen der Einfachheit wegen Rundzellen genannt. Genau genommen bedarf es einer Ergänzung dahin, dass im Grossen und Ganzen wohl diese Form vorherrscht, aber doch auch spindelförmige Elemente und mit feinen Ausläufern versehene vorkommen, wie solche ja auch in früheren Fällen beobachtet worden sind. Der Befund gab den Anlass nachzuforschen, ob die beiden Zellarten in irgend welcher Beziehung zu einander ständen, und es ist gelungen, aus dem Vorhandensein von Mitosen den Nachweis der Abstammung aus dem Bindegewebe zu führen; die spindelförmigen Zellen stellen vermuthlich nur eine weitere Entwickelung der Rundzellen auf ihrem Wege zur fixen Gewebszelle dar. Die Rundzellen haben in ihrem Anfangsstadium einen dunklen, stark granulirten Kern, der den Zellkörper fast völlig ausfüllt, so dass dieser nur einen schmalen Hof um den Kern bildet und oft nur mit sehr starken Vergrösserungen wahrgenommen werden kann. Daneben kommen protoplasmareichere, grössere flache Zellen vor, deren Kerne chromatinärmer und blässer sind; sie erinnern zum Theil an epitheloide Zellen. Fibrilläres Bindegewebe scheint nicht gebildet zu werden; den Uebergang von Spindelzellen in solches habe ich nicht beobachten können.

Ob das Reticulum, in welchem die Zellen eingebettet liegen, neugebildetes oder ein Rest des durch die Wucherung zur Atrophie gebrachten Bindegewebes ist, muss dahingestellt bleiben. Der Nachweis, dass die feinen Fäserchen Ausläufer der neugebildeten Zellen selbst seien, ist mir nicht gelungen (vergl. Paltauf, Ergebnisse der allg.

Pathologie, II. Jahrgang, p. 445. Die ganze Geschwulst ist demnach bindegewebigen Characters.

Der mikroskopische Befund weicht, wie schon hervorgehoben, nicht ab von demjenigen früherer Beobachter und bestätigte die Diagnose Granuloma fungoides.

Besonderes Interesse gewinnt unser Fall dadurch, dass er mit Metastasenbildung einherging. Bekannt war schon längst, dass die Haut nicht immer der alleinige Sitz der Krankheit sei, aber trotz des eifrigen Suchens — besonders die Vertreter der einen später zu besprechenden Theorie gaben sich die grösste Mühe, weil es für ihre Ansicht hätte eine wesentliche Stütze werden können — fand man nur bei wenigen Fällen Metastasen. So beschrieb Gillot einen Fall, bei dem sämmtliche Lymphdrüsen erkrankt waren. Landouzi fand Knoten im Gehirn, Lungen, bronchialen und mediastinalen Lymphdrüsen, Dühring in der Harnblase, Köbner am Scheidenfortsatz, Auspitz konstatirte zahlreiche Knötchen in der Dura mater, Kaposi in den Lungen, Pleuren, Nieren, Leber, Peritoneum, Netz und Knochenmark, Riehl, der neben dem Granuloma fungoides einen ausgesprochenen Morbus Addisonii beobachtete, fand Metastasenbildung in der Lunge, Niere und Nebenniere.

Die mannigfachen Bezeichnungen, welche die in Rede stehende Krankheit im Laufe der Jahre erfahren hat, lassen erkennen, wie verschieden die bei den Untersuchungen gewonnenen Resultate von den Autoren gedeutet wurden. Alibert, von dem die erste Mittheilung über diese Affection stammt, bezeichnete sie als „Mycosis fungoide“ (1832); Köbner nannte sie „beerschwammähnliche, multiple Papillargeschwülste“; Ranvier, Gillot u. A. „Lymphadénie cutanée“; Auspitz „Granuloma fungoides“; Port, Kasposi u. A. „multiple Sarkombildung der Haut“. Dies sind ungefähr die gebräuchlichsten Benennungen, deren jede zugleich die Ansicht des Betreffenden über diese Krankheit ausdrücken soll.

Alibert (Clinique de l'Hôpital St. Louis, pag. 273, Paris) gab ihr den Namen Mycosis fungoide wegen der äusseren Gestaltung der Tumoren und betrachtete sie als zur Syphilis gehörig. Bazin und Hebra traten später dieser Ansicht entschieden entgegen, indem sie die Meinung verfochten, es handele sich um einen selbstständigen, nicht zur Lues gehörigen Process; den Namen acceptirten sie.

Die erste genaue Beschreibung eines Falls rührt von Bazin (Diction. encyclop. des sciences med., 2 sér., T. XI.

1876) her, welche Funk in seinen „klinischen Studien über Hautsarkom 1885“ folgendermassen wiedergiebt:

I. Stadium. Es entstehen an der Haut rothe, runde, verschieden grosse Flecke Diese Flecke jucken sehr stark, sind glatt, nicht schilfernd, ganz flach oder etwas hervorragend, quaddelähnlich: manche sind hämorrhagisch. Die Flecke verschwinden und kommen wieder, werden aber allmählich dauerhafter (Miniumfarbe). Mit Eczem besitzt dieser Ausschlag keine Aehnlichkeit, später jedoch, vermuthlich infolge von Kratzen, entstehen an den Flecken eczematöse Knötchen und Bläschen. Nach einigen Monaten, einem Jahre oder noch später folgt das II. Stadium.

II. Stadium. An den Flecken oder auch an gesunden Stellen entstehen stark juckende, dunkelrothe, harte, scharf begrenzte, flache Erhebungen. Diese wachsen, confluiren oft und nehmen in manchen Fällen die ganze Hautoberfläche ein. Ihre Oberfläche ist uneben, kantig, stellenweise mit Schuppen bedeckt oder schrundig. Dies Stadium kann jahrelang dauern. Bazin hat ihm den Namen Stadium lichenoides gegeben.

III. Stadium. Nach Jahren entstehen an den erkrankten oder auch gesunden (scheinbar gesunden?) Hautstellen grosse, harte, glatte Knoten. Die Knoten verschmelzen oft zu grösseren lappigen, tiefgefurchten Tumoren: sie sitzen breit auf der Haut oder werden an der Basis eingeschnürt, fungös. Manche Knoten verschrumpfen, werden weich, runzelig und verschwinden: diese Erscheinung fehlt selten. Bazin bezeichnet diese Periode als Stadium mycofungoides

Durch diese Beschreibung wurde die Aufmerksamkeit auf ein Symptom gelenkt, welches in der grössten Mehrzahl der Fälle seither stets wiedergefunden wurde, und es bilden daher diese vor den Tumoren auftretenden, juckenden Erythemflecke ein wesentliches Glied in der Reihe der klinischen Symptome. Vidal und Brocq (Étude sur le Mycose fungoide. La France médicale. No. 79—85, II., 1885) hielten dagegen die klinischen Eigenschaften der Tumoren der ausgebildeten Mycosis fungoides für ausreichend characteristisch, um sie von anderen Erkrankungen, besonders den Sarcomen, zu unterscheiden. So entstanden zwei Typen: I. mit prämycotischem Erythem (Bazin), II. ohne ein solches (Vidal, Brocq). Leicht war die Diagnose nach Bazin wegen des eigenartigen klinischen Verlaufs des Erythems und des sich später anschliessenden Eczems: weit schwieriger nach Vidal-

Brocq, da die von ihnen angeführten Unterscheidungsmerkmale gegenüber den Sarcomen und leukämischen Geschwülsten bei weiteren Untersuchungen sich als nicht stichhaltig erwiesen. Sie suchten dann nach histiologischen Momenten, um die Diagnose zu sichern, und führten aus, dass die Tumoren zwischen den Rundzellen, aus denen sie hauptsächlich beständen, ein neugebildetes Reticulum von Bindegewebsfasern aufwiesen. Diese anatomische Auffassung, welche durch Ranvier näher begründet wurde, gab den Anlass, dass in Frankreich diese Krankheit als Lymphadénie cutanée bezeichnet und den leukämischen resp. pseudoleukämischen Processen zugerechnet wurde, eine Ansicht, welche unter den Franzosen noch Anhänger (Gillot) zählt, von deutschen Beobachtern aber nicht bestätigt worden ist. Und in der That weder die Geschwulstzellen selbst, noch das Stroma sind den die Lymphdrüse zusammensetzenden Zellarten gleich, „auch findet man, ausser im Stadium der Cachexie, keine Leucocytose des Blutes oder die für Leukämie characteristischen Milz-, Drüsen- und Knochenmarksveränderungen (Köbner)“. Neuerdings hat Wolters diese Theorie wieder zur Aufnahme zu bringen versucht. Er fand in fünf seiner Fälle multiple Drüsentumoren; das Blut zeigte Leucocytose von 1 : 100—200, ohne dass die Patienten cachectisch waren Einen directen Beweis musste Wolters schuldig bleiben. Von Wickham ist unter dem Namen der Erythrodermie généralisée du mycosis fungoide typ. scarlatiniform auf hierhergehörige Fälle aufmerksam gemacht worden, welche mit Lymphdrüsenschwellung und Vermehrung der Leucocyten im Blut verliefen.

Port, Kaposi, Funk rechnen die Mycosis fungoides zu den Sarkomen der Haut auf Grund der histologischen Structur und des klinischen Verlaufs: denn es giebt Sarkome der Haut, die ohne Metastasen heilen können: ausserdem sind auch bei Mycosis fungoides Metastasen hier und da, wie schon erwähnt, beobachtet worden

Den Symptomencomplex erweitert Kaposi noch, indem er drei Typen unterscheidet: Nach Typus I entwickelt sich die Krankheit aus erytematösen und eczematösen Heerden; hierbei verläuft sie in drei Stadien:

Das erste Stadium (erythematöses Stadium von Bazin) ist gekennzeichnet durch das Auftreten erythematöser, stark juckender Plaques, die später einen eczematösen Character annehmen können. Dies Stadium kann Jahre lang dauern.

Im zweiten Stadium (Periode lichenoide, Bazin), welches

ebenfalls Jahre bestehen kann, treten linsen- bis bohnengrosse Buckel auf, welche bald verschwinden, bald wieder auftauchen. Der Juckreiz hält an.

Im dritten Stadium (Stadium der fungösen Geschwülste) entwickeln sich grössere Knoten, die einen rapiden Wechsel im Wachsthum und in der Rückbildung zeigen: mit Hinterlassung eines Pigmentfleckes werden sie resorbirt oder sie exulceriren, und es kommt bald zum Kräfteverfall und zum Tode durch Marasmus oder Pyämie.

Bei Typus II findet sich kein anfängliches Eczem, sondern gleich rothe, urtikariaähnliche Flecken, auf denen sich dann plattenartige Verdickungen. Knoten und endlich fungöse Geschwülste entwickeln, welche die bereits besprochenen rückgängigen Metamorphosen durchlaufen oder geschwürig zerfallen und verjauchen können. Diese Form will Paltauf nicht als einen besonderen Typus, sondern nur als „Varietät jenes klassischen I. Typus" betrachtet wissen, weil auch hier der eigentlichen Geschwulstbildung prodromale Hauterkrankungen vorausgehen.

Mischformen von I und II sind häufig.

Bei Typus III entstehen gleich auf gesunder Haut die grossen Tumoren.

Suchen wir den vorliegenden Fall in eine dieser Kategorien einzureihen, so müssen wir ihn den Mischformen der Typen I und II zurechnen. Die meisten der beobachteten Fälle – es sind ungefähr 90 — gehören dem Typus I an. Wie verhalten wir uns nun der Ansicht gegenüber, dass es sich um ein Sarcom der Haut handele? Gegen diese Auffassung lassen sich gewichtige Gründe anführen. Vom klinischen Standpunkte aus betonen Dönitz und Lassar „den chronischen Character, die trotz des endlichen Erschöpfungstodes verhältnissmässige Gutartigkeit, die geringe Neigung zur Metastasenbildung, namentlich die häufig zu beobachtende spontane Rückbildung ganzer Tumoren, die gesetzmässig, kreisförmige, herpetiforme Ausbreitungsart mit Tendenz zur Abheilung vom Centrum aus, die dauernde Bevorzugung eines Systems." Hinzufügen möchte ich noch den Unterschied in der Consistenz, die weder der der harten noch weichen Sarkome gleicht, sondern mehr gallertartig ist, und den heftigen Juckreiz; letzterer führt uns zu dem eigentlichen Sitz dieser Erkrankung. Es ist hauptsächlich der Papillarkörper, in welchem der Ausgang der Neubildung zu suchen ist, während beim Sarcom die subpapillären und tieferen

Schichten vorzugsweise ergriffen sind (Funk), daher bei ihnen die Neigung zum Kratzen kaum vorhanden ist. Typisch ist für die Mycosis fungoides das Wachsthum nach aussen, man sieht nie wie beim Sarcom ein Uebergreifen auf Fascien oder Muskeln. Virchow hat allerdings auch Sarcome beschrieben, die nur die oberflächlichsten Schichten der Haut befielen, schildert deren Aussehen aber als deutlich warziges oder lappiges, bald gewissen Warzen oder Condylomen, bald Cancroiden gleichend, jedenfalls durchaus unähnlich den in Frage stehenden Tumoren.

Die dritte, weit verbreitete Anschauung ist die, die Mysosis fungoides sei in die Katgorie der infectiösen Granulationsgeschwülste zu rechnen. Vertreter dieser Richtung waren zuerst Köbner, Virchow, Geber, ihnen folgten Auspitz und Neisser. Wegen des histologischen Aussehens der Geschwulst änderte Auspitz den bis dahin am meisten angewandten Namen Mycosis fungoides in Granuloma fungoides um. „Diese Bezeichnung sollte zur Vermeidung von Missverständnissen allgemein durchgeführt werden, nachdem in der Pathologie unter „Mycosen" Pilzkrankheiten verstanden werden, welche durch pflanzliche Mikroparasiten verursacht werden." (Bollinger.)

Diese dritte Theorie fand eine wesentliche Stütze, als von Rindfleisch, Hammer, Hochsinger, Schiff u. A. Mikrokokken (fast ausschliesslich Staphylococcus pyogenes aureus) gefunden wurden; doch wurde ihr dieselbe wieder bald entzogen, nachdem das Vorkommen dieser Kokken als secundär erkannt worden war. Sie konnten nämlich nur in bereits ulcerirten Knoten, nicht in solchen, über denen die Haut intact war, nachgewiesen werden. Robert Wernicke beobachtete in einem Falle Protozoen und hält sie für die Erreger des Granuloms*). Touton, der ähnliche Gebilde (homogene oder hyaline kugelige Gebilde verschiedener Grösse innerhalb von Zellen) bei seinem Falle entdeckte, lässt die Frage offen, ob und welche Beziehungen zwischen den Parasiten und der Erkrankung obwalten. Diese Befunde lassen sich also noch nicht verwerthen.

Gegen die Auffassung des Granuloma als einer infectiösen Granulationsgeschwulst wurde angeführt, dass der infectiöse Character, der allen anderen Granulationsgeschwülsten zu-

*) Es ist, wie auch Paltauf l. c. bemerkt, sehr fraglich, ob der in Buenos Ayres beobachtete Fall überhaupt als Granuloma fung. aufgefasst werden darf, da auch der histologische Befund manches Abweichende darbot.

kommt, demselben abgeht: dass diese Krankheit nur selten und immer sporadisch auftritt, und dass die experimentelle Uebertragung von einer Hautstelle auf eine andere ebenso wie die auf Thiere misslingt.

Aber an letzter Stelle wird die histologische Structur des neugebildeten Gewebes doch massgebend sein müssen für die Entscheidung der Frage, ob die Affection den Granulationsgeschwülsten zuzurechnen sei oder nicht. Ein Granulationsgewebe im gewöhnlichen Sinne des Wortes liegt nicht vor, — wenigstens dann nicht, wenn man, wie es die meisten Autoren thun, als regelmässigen und characteristischen Bestandtheil eines solchen Gewebes emigrirte Leukocyten rechnet. Es handelt sich bei dem Granuloma fungoides im ausgebildeten Infiltrations- und im Floritionstadium (Kaposi) lediglich um eine Bindegewebswucherung, bestehend aus jenen oben beschriebenen grossen, manchmal spindeligen Zellen: die Neubildung ist arm an leimgebender Substanz, arm auch an neugebildeten Gefässen. Paltauf erklärt „sich auf Grund des histologischen Befundes — auch dagegen, das Gewebe als Granulationsgewebe zu bezeichnen und die Geschwülste etwa den Granulationsgeschwülsten zuzurechnen.“ Er sagt: „Es fehlen eigentliche Entzündungserscheinungen: das Oedem, die klaffenden Lymphgefässe, die hyperämischen Blutgefässe deuten wohl auf eine Circulationsstörung, Emigration aber fehlt im allgemeinen; sie findet sich, wenn Zerfall eingetreten ist, wenn es zu (septischer) Infection gekommen ist u. dergl., aber sonst findet sich keine Ansammlung von Leukocyten weder in den Gefässen noch sonst: die stellenweise oder allenfalls reichlicher gefundenen Leukocyten sind secundären Ursprungs; es mangelt ferner an einer nennenswerthen Gefässneubildung, an jeglicher Andeutung irgend einer Organisation im Sinne der Entwickelung von Bindegewebe; das Gewebe verfällt nur regressiven Metamorphosen und der Atrophie, um nach Schwund der Zellen eine völlig unveränderte Cutis ohne Zeichen einer Regeneration oder einer Narbenbildung zu hinterlassen.“ Paltauf hält eine auch nur vergleichende Analogie mit andern Granulationsgeschwülsten, z. B. den infectiösen Framboesien, den Tumoren der Aleppobeule für unzulässig.“ Einigen der im Vorstehenden wörtlich angeführten Beobachtungen Paltauf's widerspricht die jüngste, das Granuloma fungoides betreffende Publication von Lucasiewicz, der die Anfangsstadien der Krankheit sehr eingehend behandelt und die

histologischen Befunde durch gute Abbildungen veranschaulicht. Nach ihm handelt es sich in der ersten durch eczemartige Hautaffectionen vorwiegend characterisirten Periode um eine im Papillarkörper lokalisirte, „exsudative, mit hochgradiger Zellenemigration verbundene Entzündung.“ Er fährt dann fort: „Wenn ich meine Befunde vom anatomischen Standpunkte aus weiter betrachte, so erinnern sie am meisten doch an eine productive Entzündung resp. an eine entzündliche Gewebsneubildung. Es treten in derselben die Erscheinungen einer exsudativen Entzündung wie Emigration und Anhäufung von Leukocyten in den Hintergrund und überwiegen die progressiven Veränderungen an den fixen Gewebselementen, im Verein mit den Erscheinungen von Oedem. Die Localisation der Proliferationsgruppen um die Gefässe spricht nicht minder zu Gunsten einer productiven Entzündung, als der Gefässreichthum, welcher auf eine entzündliche Gefässneubildung zurückzuführen ist. Der im ersten Stadium beschriebene örtliche Zerfall der obersten Schichten des Papillarkörpers mit Hinterlassung eines zellreichen, wie granulioden Bindegewebsgrundes (ohne auffällige Leukocyteninfiltration) lässt sich die Lockerung und Widerstandslosigkeit des proliferirten Zellgewebes zurückführen. Weiter hebe ich die bereits im klinischen Verlaufe unseres Falles beschriebene, deutlich wahrnehmbare Narbenbildung an Stelle der Erkrankungsherde, als Zeichen der Entzündung hervor. Alle diese Gründe sprechen für die Auffassung des Processes als eine productive herdförmige Dermatitis“ Die beträchtlichen Abweichungen in den Befunden beider Beobachter, namentlich in Bezug auf die Betheiligung des Emigrationsvorgangs (wenigstens in einem bestimmten Stadium der Erkrankung), die Neubildung von Blutgefässen und den Ausgang in Narbengewebe — treten bei der obigen Gegenüberstellung genügend hervor. Aber auch Lukasiewicz hält die „auf histologischer Beschaffenheit allein basirende Einreihung unter die infectiösen Granulationsgeschwülste für nicht entsprechend.“ Er verwirft auch den Namen Granuloma und schlägt vor, die Krankeit als Alibert'sche Dermatose zu bezeichnen, wogegen kaum etwas einzuwenden sein dürfte, so lange unsere Kenntnisse bezüglich der Aetiologie und des Wesens der Krankheit so unzureichende sind, wie noch jetzt. —

Differentialdiagnostisch wäre ausser den schon abgehandelten Sarcomen der Haut und leukämischen Geschwülsten noch heranzuziehen:

1) Lues. Gegenüber dem Hautgumma ist hervorzuheben, dass diese Geschwulst grosse Neigung zum käsigen Zerfall zeigt, während bei den Granulomen wohl Erosion und Nässen der Oberfläche, jedoch kein tiefer greifender Zerfall, abgesehen vom letzten Stadium der Krankheit, vorkommt, wenn nicht durch äussere, zufällige Reizungen tiefer gehende Zerstörung hervorgerufen wird. Bei zweifelhaften Fällen würde eine antiluetische Behandlung den Ausschlag geben, welche je nach dem Effect für resp. gegen Syphilis sprechen würde.

Krey hat in der Berliner medicin. Gesellschaft am 4. März 1896 einen Fall von Mycosis fungoides in noch frühem Stadium der Entwickelung vorgestellt, bei welchem das „polymorphe Exanthem“ und die beginnende Geschwulstbildung an impetiginöses Eczem und serpiginös Hautgummata erinnerten. Der Pat. hatte in den Jünglingsjahren ein Ulcus gehabt, auch später eine Iritis durchgemacht, so dass „bei den Antecedentien eine Verwechselung mit Lues“ nahe lag. Der Beobachter fügt hinzu: „Auch Jodkalium macht in solchen Fällen eine vorübergehende Involution und ist daher im Stande, eine irrthümliche Diagnose unter Umständen zu bekräftigen.“

2) Lepra. Diese Krankheit kommt in unserer Gegend autochthon nicht vor. Den vorliegenden Beschreibungen nach haben die prodromalen Flecken und die Geschwülste der Haut bei der maculösen und knotigen Lepra manches Aehnliche mit denen bei Granuloma fungoides, namentlich in den frühen Krankheitsstadien. Während jedoch bei dem Granuloma fungoides der behaarte Kopf recht oft — so auch in dem hier beschriebenen Falle — und recht frühzeitig (Lukasiewicz) Sitz der Geschwulstbildung war, ist dieser Theil der Haut bei Lepra stets frei. Bemerkt sei auch, dass die zu den befallenen Hautregionen gehörigen Lymphdrüsen bei Lepra regelmässig betheiligt zu sein pflegen, dass dagegen bei Granuloma fungoides nur in ganz vereinzelten Fällen (Kaposi — Lymphodermia perniciosa —, Wickham, Wolter, Lukasiewicz) Lymphdrüsenschwellungen beobachtet worden sind. — Endlich würde der Nachweis von Leprabacillen im concreten Falle die Diagnose leicht sichern.

3) Rotz. Hierbei ist die Erkrankung der Nasenschleimhaut characteristisch, auch würde die Anamnese und der Nachweis von Bacillen zu seiner Erkennung führen.

Die Prognose ist bei Granuloma fungoides sehr zweifelhaft. Die meisten Kranken gehen an Erschöpfung zu Grunde, einzelne erliegen einer Pyämie oder Septicämie oder auch anderen intercurrirenden Krankheiten.

Therapie: Wenn auch von verschiedenen Autoren über einzelne Fälle von Heilung berichtet worden ist, so muss man doch im Allgemeinen zugeben, dass die Therapie ohnmächtig dieser Erkrankung gegenüber ist. Denn das Zurückgehen von Tumoren, wie es nach gewissen Medicamenten geschehen soll, findet auch ohne eine derartige Beeinflussung statt. Bisweilen scheint unter grossen Gaben von Arsen die Krankheit zum Stillstand zu kommen, wenigstens hat man in einigen Fällen unter dieser Medication keine neuen Tumoren auftreten sehen. Wolters berichtete im Herbst v. J. auf der Naturforscherversammlung über 7 Fälle, welche er mit diesem Mittel behandelte. Einige Patienten waren schon seit 1884 zeitweilig von ihm behandelt worden. Eine Anzahl anderer Mittel ist noch versucht worden, aber mit minimalem oder gar keinem Erfolg. Erwähnen will ich noch, dass Bazin einen Fall beobachtete, der spontan durch ein hinzugekommenes Erysipel heilte. Hingegen wurde bei einem in der hiesigen chirurgischen Klinik vom Mai 1886 bis December 1888 behandelten Fall (Lenschow), der 11 Erysipele durchmachte, damit kein Resultat erzielt. —

Zum Schluss danke ich Herrn Geh. Rath Professor Th. Thierfelder für die Ueberweisung des Falls, Herrn Prof. A. Thierfelder, und Herrn Privatdocenten Dr. Ricker für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit. Ausserdem bin ich Herrn Dr. Crull für die gütige Ueberlassung seiner Notizen über diesen Fall zum Dank verpflichtet.

Litteraturverzeichniss.

1864. Köbner: Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie. Erlangen.
1881. Auspitz: System der Hautkrankheiten. Wien.
1883. Kaposi: Lehrbuch der Hautkrankheiten.
1883. Lesser: Lehrbuch der Hautkrankheiten.
1885. Funk: Klinische Studien über Hautsarkome.
1887. Kaposi: Wiener med. Wochenschrift No. 19—22.
1889. Dönitz und Lassar: Ueber Mycosis fungoides (Granuloma fungoides). Virchow's Archiv 119.
1889. Lenschow: Ein Beitrag zur Kenntniss des Granuloma fungoides. Inaugural-Dissertation. Rostock.
1892. Neisser: Mycosis fungoides. Deutsche med. Wochenschrift XIX, 5, pag. 114, u. 18, pag. 433.
1892. Paltauf: Ueber lymphat. Neubildungen der Haut. II. Internat. Congr. für Dermat. u. Syph.
1892. L. Philippson: Zwei Fälle von Mycosis fungoides. Berliner klinische Wochenschrift pag. 975.
1892. Wernicke, Robert: Ueber einen Protozoen-Befund bei Mycosis fungoides. Centralblatt für Bacteriologie und Parasitenkunde Bd. XII, No. 24, S. 859. Jena.
1893. Kübel: Ein Fall von Mycosis fungoides. Inaugural-Dissertation. Tübingen.
1893. Touton: Ein durch Arsen geheilter Fall von sogenannter allgemeiner Hautsarkomatose auf leukämischer oder pseudoleukämischer Grundlage. Protozoenähnliche Gebilde in den Hauttumoren. Münch. med. Wochenschrift No. 2.
1893. Völkers: Ueber Granuloma fungoides (Mykosis fungoides?) der Haut. Verlag von J. F. Lehmann, München.
1893. Wolters: Ueber Mycosis fungoides. Deutsche med. Wochenschrift XX, 38. Beilage.
1894. Wickham: Ann. de Dermat., pag. 451.
1895. Kaposi: Wiener klinische Wochenschrift No. 48.
1896. Birch-Hirschfeld: Pathologische Anatomie, I. Bd., pag. 112—117 u. pag. 152 u. ff.
1896. Krey, Berliner klinische Wochenschrift No. 11, pag. 238.
1896. Lukasiewicz: Ueber das erste und zweite Stadium der Alibertschen Dermatose. Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. XXXVII, pag. 141.
1897. Paltauf: Ergebnisse der Allgem. Pathologie: Mycosis fungoides, pag. 441 u. ff.